BlueCross BlueShield of New Mexico

Resumen de selección de cobertura para la que se requieren pruebas de asegurabilidad

El administrador del grupo o el empleador deben completar este formulario.
Enviar el formulario junto con la solicitud completa del empleado a esta dirección:

Dearborn Life Insurance Company
Attn: Medical Underwriting Department
P.O. Box 7072
Downers Grove, IL 60515

Número de teléfono: (877) 723-5697
Número de fax: (855) 691-7157

Complete todos los espacios en blanco y escriba de manera clara con letra de imprenta. La falta de información demorará la consideración de la cobertura.

* La fecha de entrada en vigor de la cobertura es la fecha en que se aprueba la solicitud. La prima vence el primer día del mes posterior a la fecha de aprobación. **Para el administrador del grupo o el empleador: No deducir las primas para ningún tipo de cobertura sujeto a pruebas de asegurabilidad hasta haber recibido la confirmación definitiva de Dearborn Life Insurance Company de que la cobertura está aprobada.**

EL ADMINISTRADOR DEL GRUPO O EL EMPLEADOR DEBEN COMPLETAR ESTE FORMULARIO: (Complételo en letra de imprenta y envíelo junto con la información del empleado necesaria para la inscripción).				
Nombre del empleador		Número de grupo	N.º de cuenta: _____ N.º de sucursal:_____	
Dirección del empleador		Ciudad	Estado	Código postal
Nombre de la persona de contacto del empleador	Número de teléfono laboral	Número de fax laboral	Dirección de correo electrónico	
Nombre del empleado (nombre, inicial del segundo nombre, apellido) _____	N.º del Seguro Social _____	N.° de identificación alternativo _____	Se solicita la cobertura para estas personas: □ Empleado □ Cónyuge □ Hijos dependientes*	
* No se requieren pruebas de asegurabilidad para la cobertura complementaria o voluntaria del seguro de vida temporal para hijos dependientes por montos de beneficios que, en total, sean iguales o inferiores a $10,000.				
Ingresos: _____ □ Por hora □ Semanales □ Mensuales □ Anuales	Fecha de contratación del empleado:	Fecha de recontratación del empleado:		

MOTIVO POR EL CUAL SE DEBEN PRESENTAR PRUEBAS DE ASEGURABILIDAD:

□ El monto supera el de emisión garantizada. □ Inscripción fuera de término. □ Inscripción anual.
□ Aumento del nivel de cobertura. □ Cambio en la situación del empleado. Fecha:_____
Motivo:_____

Tipo de cobertura	**Monto vigente en la actualidad (si lo hay)**	**Monto adicional que se solicita**	**Monto total que se solicita**
□ Seguro de vida básico temporal	$	$	$
□ Seguro de vida complementario o voluntario temporal para el empleado	$	$	$
□ Seguro de vida complementario o voluntario temporal para el cónyuge.	$	$	$
□ Seguro de vida complementario o voluntario temporal para los hijos	$	$	$
□ Seguro por discapacidad a corto plazo básico	$	$	$
□ Seguro por discapacidad a largo plazo básico	$	$	$
□ Seguro por discapacidad a corto plazo voluntario	$	$	$
□ Seguro por discapacidad a largo plazo voluntario	$	$	$
□ Seguro por enfermedad crítica para el empleado	$	$	$
□ Seguro por enfermedad crítica para el cónyuge	$	$	$
□ Seguro por enfermedad crítica para hijos dependientes	$	$	$

Los productos de seguro son emitidos por Dearborn Life Insurance Company, 701 E. 22nd St. Suite 300, Lombard, IL 60148. Blue Cross and Blue Shield of New Mexico es el nombre comercial de Dearborn Life Insurance Company, licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® y los símbolos de la cruz y el escudo son marcas de servicio registradas de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de los planes de Blue Cross and Blue Shield.

R040119 I z4308_SP_BCBSNM

Dearborn Life Insurance Company

Solicitud de pruebas de asegurabilidad

Debe completarla el solicitante.
Enviar la solicitud completa y la información de inscripción a la siguiente dirección:

Dearborn Life Insurance Company
Attn: Medical Underwriting Department
P.O. Box 7072
Downers Grove, IL 60515

Número de teléfono: (877) 723-5697
Número de fax: (855) 691-7157

USTED DEBE COMPLETAR TODAS LAS PÁGINAS DE ESTA SOLICITUD PARA QUE SE LO CONSIDERE PARA LA COBERTURA.
Conserve una copia de esta solicitud para sus registros.

SECCIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE EMPLEADO: (Complete incluso si empleado no está solicitando la cobertura).					
Nombre: Nombre Inicial del segundo nombre Apellido			□ Masculino □ Femenino	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	
N.º del Seguro Social	N.° de identificación alternativo	Estado de nacimiento	País de nacimiento		
Domicilio de correo postal: Calle			Ciudad	Estado	Código postal
Método de contacto preferido	Número de teléfono de empleado		Número de teléfono celular		
Número de teléfono del trabajo	Dirección de correo electrónico		Ocupación		

SECCIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE EL CÓNYUGE: (Complete únicamente si solicita la cobertura del cónyuge).			
Nombre: Nombre Inicial del segundo nombre Apellido		□ Masculino □ Femenino □ Otro	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)
N.º del Seguro Social	Método de contacto preferido	Número de teléfono del cónyuge	Número de teléfono celular
Número de teléfono del trabajo	Dirección de correo electrónico	Estado de nacimiento	País de nacimiento

SECCIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE HIJOS DEPENDIENTES:
Empleado debe completar esta sección para cada hijo que solicite montos totales de cobertura de o seguro de vida complementario o voluntario superiores a $10,000.

Nombre del hijo 1: segundo nombre	Nombre Apellido	Inicial del	□ Masculino □ Femenino	N.º del Seguro Social	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)
Nombre del hijo 2: segundo nombre	Nombre Apellido	Inicial del	□ Masculino □ Femenino	N.º del Seguro Social	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)
Nombre del hijo 3: segundo nombre	Nombre Apellido	Inicial del	□ Masculino □ Femenino	N.º del Seguro Social	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)
Nombre del hijo 4: segundo nombre	Nombre Apellido	Inicial del	□ Masculino □ Femenino	N.º del Seguro Social	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)]

Dearborn Life Insurance Company

Número de teléfono: (877) 723-5697
Número de fax: (855) 691-7157

Solicitud de pruebas de asegurabilidad

Debe completarla el solicitante.
Enviar la solicitud completa y la información de inscripción a la siguiente dirección:

Dearborn Life Insurance Company
Attn: Medical Underwriting Department
P.O. Box 7072
Downers Grove, IL 60515

USTED DEBE COMPLETAR TODAS LAS PÁGINAS DE ESTA SOLICITUD PARA QUE SE LO CONSIDERE PARA LA COBERTURA.
Conserve una copia de esta solicitud para sus registros.

Nombre del empleado : _____. N.º del Seguro Social: _____.

INFORMACIÓN DE SALUD: Marque "Sí" o "No" en cada pregunta y encierre con un círculo las enfermedades específicas. Los detalles sobre todas las respuestas afirmativas deben proporcionarse en la sección destinada a ese fin en la página 3 a continuación para todas las personas que soliciten cobertura. La falta de información demorará la consideración de la cobertura. Brindar información incompleta o información falsa puede tener como consecuencia el rechazo de beneficios o una posible investigación por fraude.

SECCIÓN DE PREGUNTAS SOBRE SALUD: (Complete únicamente si solicita cobertura).

1. Altura de empleado : _____ ft _____ in. Peso: ____ lb. Altura del cónyuge: ____ ft _____ in. Peso: ____lb.
2. **En los últimos 7 años**, ¿alguna de las personas que solicitan cobertura ha recibido diagnóstico, tratamiento o asesoramiento relacionado con las siguientes enfermedades de parte de un médico u otro profesional clínico debidamente licenciado que actúa dentro del alcance de su licencia?

	Empleado		Cónyuge	
	Sí	No	Sí	No
a. Insuficiencia cardíaca congestiva, ataque cardíaco, accidente cerebrovascular, parálisis, cirrosis hepática, hepatitis (B o C), enfisema o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (epoc).	□	□	□	□
b. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), complejo relacionado con el sida (CRS) o resultado positivo en la prueba de anticuerpos para el VI	□	□	□	□
c. Enfermedad de Hodgkin, leucemia, linfoma o tumor cerebral maligno.	□	□	□	□
d. Enfermedad renal crónica, esto incluye insuficiencia, diálisis, trasplante o enfermedad renal poliquística.	□	□	□	□
e. Demencia, enfermedad de Alzheimer, ELA (enfermedad de Lou Gehrig), corea de Huntington, esclerosis múltiple o distrofia muscular.	□	□	□	□
f. Cáncer, tumor, afección cardíaca, presión sanguínea alta, ataque isquémico transitorio (AIT), aneurisma, trastorno circulatorio o neurológico.	□	□	□	□
g. Diabetes, lupus diseminado, cualquier trastorno autoinmunitario, anemia u otro problema de la sangre.	□	□	□	□
h. Problemas digestivos, respiratorios, musculoesqueléticos, del aparato genitourinario o del tejido conectivo.	□	□	□	□
i. Depresión, ansiedad o cualquier otro trastorno mental o del sistema nervioso.	□	□	□	□

3. **En los últimos 5 años**, ¿alguna de las personas que solicitan cobertura ha recibido asesoramiento médico o ha solicitado tratamiento por abuso de drogas o alcohol, ha usado alguna sustancia controlada (excepto aquellas recetadas por un médico u otro profesional de la salud), ha sido juzgada o acusada por conducir un vehículo bajo los efectos de las drogas o el alcohol? □ □ □ □

4. **En los últimos 6 meses**, ¿a alguna de las personas que solicitan cobertura le ha ocurrido lo siguiente?:

a. La han hospitalizado o le han sugerido una cirugía, un tratamiento, pruebas de diagnóstico u otra evaluación.	□	□	□	□
b. Le han recetado medicamentos de mantenimiento a largo plazo para enfermedades crónicas.	□	□	□	□

5. ¿Alguna de las personas que solicitan cobertura ha fumado cigarrillos o consumido otro tipo de tabaco en los últimos 2 años? □ □ □ □

Dearborn Life Insurance Company

Número de teléfono: (877) 723-5697
Número de fax: (855) 691-7157

Solicitud de pruebas de asegurabilidad

Debe completarla el solicitante.
Enviar la solicitud completa y la información de inscripción a la siguiente dirección:

Dearborn Life Insurance Company
Attn: Medical Underwriting Department
P.O. Box 7072
Downers Grove, IL 60515

Nombre del empleado : _____. N.º del Seguro Social: _____.

SECCIÓN DE PREGUNTAS SOBRE SALUD DE EMPLEADO: (Además de la "Sección de preguntas sobre salud" anterior, complete las siguientes preguntas si solicita cobertura por DISCAPACIDAD).

1. ¿Usted está embarazada? Si la respuesta es "Sí", indique la fecha probable de parto: _____.
   ¿Tiene alguna complicación o problema? □ □
2. **En los últimos 7 años,** ¿ha recibido diagnósticos o tratamientos de algún profesional médico por problemas relacionados con la espalda, la columna vertebral, el cuello, las rodillas, los huesos, las articulaciones, artritis, trastorno neurológico, fibromialgia, síndrome de fatiga crónica u otro trastorno musculoesquelético? □ □

SECCIÓN DE PREGUNTAS SOBRE SALUD DE HIJOS DEPENDIENTES:
Empleado debe completar esta sección para cada hijo que solicite montos totales de cobertura de o seguro de vida complementario o voluntario superiores a $10,000.

1. Hijo 1. Altura: _____ ft _____ in. Peso: _____ lb. Hijo 2. Altura: _____ ft _____ in. Peso: _____ lb.
   Hijo 3. Altura: _____ ft _____ in. Peso: _____ lb. Hijo 4. Altura: _____ ft _____ in. Peso: _____ lb.

2. **En los últimos 5 años**, ¿alguno de los hijos dependientes que solicitan cobertura ha recibido diagnóstico, tratamiento o asesoramiento relacionado con las siguientes enfermedades de parte de un médico u otro profesional clínico debidamente licenciado que actúa dentro del alcance de su licencia?

	Hijos dependientes Sí	No
a. Diabetes, afección cardíaca, cáncer, parálisis cerebral, fibrosis quística, distrofia muscular, autismo, síndrome de Down, discapacidades intelectual y del desarrollo, síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (sida), complejo relacionado con el sida (CRS) o resultado positivo en la prueba de anticuerpos para el VIH. Si la respuesta es "Sí", indique los nombres de los hijos dependientes_____.	□	□
b. **En los últimos 6 meses**, ¿alguno de los hijos dependientes que solicitan cobertura ha sido hospitalizado, ha necesitado atención en una sala de emergencias o le han sugerido una cirugía, un tratamiento, pruebas de diagnóstico u otra evaluación? Si la respuesta es "Sí", indique los nombres de los hijos dependientes_____.	□	□

PROPORCIONE DETALLES SOBRE TODAS LAS RESPUESTAS AFIRMATIVAS EN LAS SECCIONES DE PREGUNTAS SOBRE SALUD ANTERIORES (si corresponde). Si necesita más espacio, adjunte una hoja firmada y fechada.

N.°	Persona	Tipo de enfermedad	Fechas	Hospitalizado Sí o No	Cirugía Sí o No	Tratamiento/ medicamento	Medicamentos actuales/ Problemas remanentes	Nombre, dirección y número de teléfono del médico

ACUERDOS Y AUTORIZACIÓN:

"Yo" se refiere a la persona que solicita el seguro y firma a continuación. Por la presente, yo declaro que, según mi leal saber y entender, las declaraciones y las respuestas a las preguntas son completas, verdaderas y están debidamente registradas. Las mismas constituirán la base de cualquier cobertura conforme al plan de grupo para el cual se solicitan la pruebas de asegurabilidad. Entiendo que Dearborn Life Insurance Company no será responsable de ningún reclamo que surja antes de la fecha de aprobación de esta solicitud en la oficina central de Dearborn Life Insurance Company.

A fin de determinar mi elegibilidad para las coberturas solicitadas, autorizo a cualquier médico, profesional médico, practicante, hospital, clínica, otro centro de salud, instalaciones médicas o relacionadas con la atención médica, proveedor de atención médica, profesional de salud mental, farmacia o administrador de beneficios de farmacia, laboratorio, compañía de seguros, MIB Group, Inc., o cualquier entidad cubierta o plan de salud conforme a las definiciones de la Ley sobre Responsabilidad y Transferibilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA) para revelar a los representantes autorizados del Departamento de Suscripciones de Dearborn Life Insurance Company mis registros médicos o los de mis hijos. Estos incluyen información sobre asesoramiento, atención o tratamientos relacionados con alguna enfermedad, incluido el historial médico, historial farmacéutico, uso o abuso de drogas o alcohol, enfermedad mental, VIH (virus del SIDA) u otras enfermedades de transmisión sexual.

Asimismo, autorizo a Dearborn Life Insurance Company a revelar la información obtenida para la consideración de mi solicitud de seguro a sus reaseguradores y a MIB Group, Inc., una organización de compañías de seguros de vida sin fines de lucro que se ocupa del intercambio de información en nombre de sus miembros.
Esta autorización vencerá 24 meses después de la fecha en que se firmó. Entiendo y acepto lo siguiente:

- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito, pero dicha revocación no tendrá efecto sobre ninguna medida tomada por Dearborn Life Insurance Company antes de recibir la revocación.
- La información que se divulgue en conformidad con esta autorización puede ser divulgada nuevamente por el receptor, y es posible que deje de estar protegida por las regulaciones federales sobre privacidad (como la Regla de Privacidad de la HIPAA).
- Debo conservar una copia de esta autorización para mis propios registros.
- Una copia de esta autorización tendrá la misma validez que el original.
- He recibido una Declaración de Divulgación.
- **La cobertura no entrará en vigor hasta que Dearborn Life Insurance Company apruebe mi solicitud, siempre que esté trabajando activamente en esa fecha.**
- **Mi empleador no podrá deducir las primas de los montos sujetos a las pruebas de asegurabilidad hasta que reciba una decisión final de aprobación de la cobertura de Dearborn Life Insurance Company.**

Dearborn Life Insurance Company

Número de teléfono: (877) 723-5697
Número de fax: (855) 691-7157

Solicitud de pruebas de asegurabilidad

Debe completarla el solicitante.
Enviar la solicitud completa y la información de inscripción a la siguiente dirección:

Dearborn Life Insurance Company
Attn: Medical Underwriting Department
P.O. Box 7072
Downers Grove, IL 60515

Yo, así como cualquier otra persona autorizada para actuar en mi nombre o mi representante personal, reconozco el derecho a solicitar una copia fiel de esta autorización a Dearborn Life Insurance Company.

Si mis respuestas en esta solicitud son incorrectas o falsas, o si me niego a firmar esta autorización, Dearborn Life Insurance Company tiene derecho a rechazar beneficios o rescindir mi cobertura, o la de mis dependientes, si corresponde.

Firma de empleado (obligatoria): _____. Fecha de la firma (MM/DD/AAAA): _____.

Firma del cónyuge (si solicita seguro): _____. Fecha de la firma (MM/DD/AAAA): _____.

Firma del hijo dependiente (si solicita seguro y tiene, por lo menos, 18 años de edad):

Hijo 1: _____ Fecha: _____. Hijo 2: _____ Fecha: _____.

Hijo 3: _____Fecha: _____. Hijo 4: _____ Fecha: _____.

Este tipo de plan NO se considera "cobertura mínima esencial" conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible y, por lo tanto, NO satisface la obligación individual de tener cobertura de salud. Si usted no tiene otra cobertura de seguro de salud, puede estar sujeto a una multa impositiva federal.

BlueCross BlueShield of New Mexico

Aviso de Fraude

Oficinas administrativa: 701 E. 22nd Street, Lombard, Illinois 60148

Las leyes de algunos estados nos exigen que le proporcionemos el siguiente aviso:

PARA SOLICITUDES Y RECLAMOS:

Alabama: Toda persona que, con pleno conocimiento, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o un beneficio; o que, con pleno conocimiento, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas de restitución y confinamiento en prisión, o una combinación de ambos.

Colorado: Es ilegal proporcionar, con pleno conocimiento, información o hechos falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros, con el fin de defraudar o intentar defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir prisión, multas, denegación de seguro y responsabilidad civil. Toda compañía de seguros o representante de una compañía de seguros que, con pleno conocimiento, proporcione información o hechos falsos, incompletos o engañosos a un titular de la póliza o a una persona que presente un reclamo, con el fin de defraudar o intentar defraudar a dicha persona con respecto a un pago o una suma de dinero pagadera como resultado de la recaudación del seguro, se denunciará ante la división de seguros de Colorado, en el departamento de agencias reguladoras.

Distrito de Columbia: ADVERTENCIA: Proporcionar información falsa o engañosa a una aseguradora con el fin de defraudar a la aseguradora o a otra persona constituye un delito. Las sanciones incluyen prisión y/o multas. Además, una aseguradora puede denegar los beneficios del seguro en caso de que el solicitante presentara información falsa sustancialmente relacionada con un reclamo.

Florida: Toda persona que, con pleno conocimiento y con intención de perjudicar, defraudar o engañar a una aseguradora presente una declaración de reclamo o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave de tercer grado.

Hawái: Por su seguridad, la ley de Hawái exige que se le informe que presentar un reclamo fraudulento para recibir el pago de una pérdida o un beneficio es un delito castigado con multas o prisión, o ambos.

Kentucky: Toda persona que, con pleno conocimiento y con intención de defraudar a una compañía de seguros o a otra persona presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información sustancialmente falsa, o encubra, con el fin de engañar, información relativa a cualquier hecho importante, comete un acto fraudulento de seguro, lo cual constituye un delito.

Luisiana: Toda persona que, con pleno conocimiento, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o un beneficio, o que, con pleno conocimiento, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en prisión.

Maine y Washington: Proporcionar, con pleno conocimiento, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el fin de defraudar a la compañía constituye un delito. Las sanciones incluyen prisión, multas y denegación de los beneficios del seguro.

Maryland: Toda persona que, con pleno conocimiento o deliberadamente presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o un beneficio; o que, con pleno conocimiento o deliberadamente presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en prisión.

Nuevo México: Toda persona que, con pleno conocimiento, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o un beneficio, o que, con pleno conocimiento, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas civiles y sanciones penales.

Ohio: Toda persona que, con intención de defraudar o con pleno conocimiento de que está facilitando un fraude contra una aseguradora, envíe una solicitud o presente un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa es culpable de fraude de seguro.

Oklahoma: Toda persona que, con pleno conocimiento y con intención de perjudicar, defraudar o engañar a una aseguradora, presente un reclamo para recibir la recaudación de una póliza de seguros que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

Pensilvania: Toda persona que, con pleno conocimiento y con intención de defraudar a una compañía de seguros o a otra persona presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información sustancialmente falsa, o encubra, con el fin de engañar, información relativa a cualquier hecho importante comete un acto fraudulento de seguro, lo cual constituye un delito y sujeta a la persona a sanciones civiles y penales.

Puerto Rico: Toda persona que, con pleno conocimiento y con intención de defraudar, presente información falsa en una solicitud de seguro o presente, ayude u ocasione la presentación de un reclamo fraudulento para recibir el pago de una pérdida o de cualquier otro beneficio, o presente más de un reclamo por el mismo daño o pérdida, cometerá un delito grave. Al condenarla, se la sancionará por cada violación con una multa de por lo menos cinco mil dólares ($5,000), pero de no más de diez mil dólares ($10,000), o con un período fijo de tres (3) años en prisión, o con ambas sanciones. En caso de que se presentaran circunstancias agravantes, la sanción establecida puede aumentarse a un máximo de cinco (5) años. Si se presentaran circunstancias atenuantes, puede reducirse a un mínimo de dos (2) años.

Rhode Island: Cualquier persona que, con pleno conocimiento, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o un beneficio, o que, con pleno conocimiento, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en prisión.

Tennessee: Proporcionar, con pleno conocimiento, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el fin de defraudar a la compañía constituye un delito. Las sanciones incluyen prisión, multas y denegación de los beneficios del seguro.

Virginia: Proporcionar, con pleno conocimiento, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el fin de defraudar a la compañía constituye un delito. Las sanciones incluyen prisión, multas y denegación de los beneficios del seguro.

Los productos de seguro son emitidos por Dearborn Life Insurance Company, 701 E. 22nd St. Suite 300, Lombard, IL 60148. Blue Cross and Blue Shield of New Mexico es el nombre comercial de Dearborn Life Insurance Company, licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® y los símbolos de la cruz y el escudo son marcas de servicio registradas de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de los planes de Blue Cross and Blue Shield.

R040119 I Z6291_SP

Aviso de Fraude

Oficinas administrativa: 701 E. 22nd Street, Lombard, Illinois 60148

Las leyes de algunos estados nos exigen que le proporcionemos el siguiente aviso:

PARA RECLAMOS ÚNICAMENTE:

Alaska: Una persona que, con pleno conocimiento y con intención de perjudicar, defraudar o engañar a una compañía de seguros presente un reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa puede ser procesada según las leyes estatales.

Arizona: Por su seguridad, la ley de Arizona exige que lo siguiente figure en este formulario. Toda persona que, con pleno conocimiento, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida está sujeta a sanciones civiles y penales.

Arkansas: Toda persona que, con pleno conocimiento, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o un beneficio, o que, con pleno conocimiento, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en prisión.

California: Por su seguridad, la ley de California exige que lo siguiente figure en este formulario. Toda persona que, con pleno conocimiento, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en una prisión estatal.

Delaware: Toda persona que, con pleno conocimiento y con intención de perjudicar, defraudar o engañar a una aseguradora presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

Idaho: Toda persona que, con pleno conocimiento y con intención de defraudar o engañar a una compañía de seguros presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

Indiana: Una persona que, con pleno conocimiento y con intención de defraudar a una aseguradora, presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

Minnesota: Una persona que presente un reclamo con la intención de defraudar o que ayude a cometer fraude contra una aseguradora es culpable de un delito.

Nuevo Hampshire: Toda persona que, con intención de perjudicar, defraudar o engañar a una compañía de seguros presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa está sujeta a una acción judicial y a una pena por fraude de seguro, conforme a la legislación del estado de Nuevo Hampshire, RSA 638:20.

Nuevo Jersey: Toda persona que, con pleno conocimiento, presente una declaración de reclamo que contenga información falsa o engañosa estará sujeta a sanciones penales y civiles.

Texas: Toda persona que, con pleno conocimiento, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en una prisión estatal.

PARA SOLICITUDES ÚNICAMENTE:

Massachusetts: Toda persona que, con pleno conocimiento, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o un beneficio, o que, con pleno conocimiento, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en prisión.

New Jersey: Toda persona que incluya información falsa o engañosa en la solicitud de una póliza de seguro estará sujeta a sanciones penales y civiles.

Los productos de seguro son emitidos por Dearborn Life Insurance Company, 701 E. 22nd St. Suite 300, Lombard, IL 60148. Blue Cross and Blue Shield of New Mexico es el nombre comercial de Dearborn Life Insurance Company, licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® y los símbolos de la cruz y el escudo son marcas de servicio registradas de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de los planes de Blue Cross and Blue Shield.

R040119 I Z6291_SP